

关于医疗服务行业发展的探索研究

天风证券：肖萌

一. 行业简介

医疗卫生服务行业与社会经济发展、人民日常生活之间存在密不可分的关系，在我国乃至全世界的市场规模均正在逐步扩大。自 2004 年以来，我国人均卫生费用与发展中国家平均水平之间的差距正在快速缩小，考虑到我国人口基数较大、经济持续增长的基本国情，我国医疗卫生服务行业的发展空间巨大。

随着医学技术的不断进步和社会医疗观念的逐渐转变，我国医院的发展呈现出以下三个趋势：第一，医疗服务模式逐步由“以疾病为中心”的传统医疗服务模式发展为“以健康为中心”的高层次医疗服务模式；第二，社会医疗消费动机由单一的看病需求逐渐转变为诊疗、体检、保健等多样化需求；第三，医院类型随之发生变化，由单体医院逐渐演变为综合医院、专科医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院和护理医院，并由公立医院逐步转变为国有、集体、联营及私营并行的医院。

其中，专科医院指的是只做某一个或少数几个医学分科的医院。相较于综合医院，专科医院在特定病种的治疗方法、临床经验的积累、医疗团队的培养、医疗设备的投资和引进等方面具备优势。近年来，专科医院在我国医疗服务行业中的地位不断提升。随着中国经济发展水平的提高，人们越来越重视自身的健康，医疗服务消费早已突破了“有病求医”的观念，医疗消费动机表现出多层次、多样化的特点，美容、整形、康复服务正在悄然走俏，健康咨询、家庭保健等方面的潜在需求不断增长，以及保健品市场的一再升温、特需服务的产生等现象为专科医院开拓出了更多的市场。

二. 行业与上下游关系

医疗服务行业的上游行业主要是医药工业中的药品、医疗器械及耗材行业，下游直接面对接受医疗服务的终端客户。

（一）上游情况

药品、医疗器械及耗材是医院经营的主要上游材料，占成本的比例较高。医

疗服务行业与医药工业关系紧密，行业利润水平受上游产量、价格直接影响。2015 年之前，国内的药品、医疗器械以及耗材等均受政府价格监管，发改委每三年至四年对医保药品目录中的药品价格进行调控，地方政府依据发改委的指导调整当地药品价格。2015 年 5 月，国家发改委、卫计委、人社部、工信部、财政部、商务部和食品药品监管总局发布《关于印发推进药品价格改革意见的通知》，明确指出自 2015 年 6 月 1 日起，除麻醉药品和第一类精神药品外，取消原政府制定的药品价格；麻醉、第一类精神药品仍暂时由国家发展改革委实行最高出厂价格和最高零售价格管理；强调完善药品采购机制，发挥医保控费作用，药品实际交易价格主要由市场竞争形成。此次改革改变了中国由政府限制药品最高售价的价格形成机制，药品价格的放开可能会提高药品价格，进而增加医院成本，但在各省进一步降低药占比、医保控费趋严的大背景下，医疗服务机构议价积极性高涨。

（二）下游情况

医疗服务行业的收入取决于就诊患者的就医需求，主要受患者就诊次数、病种的患病率及治愈率及医保政策的普及程度等因素影响。首先，随着生活节奏加快、生活压力增大、环境污染加剧、饮食营养不均衡和运动的不足，我国居民慢性病患者率逐年上升；根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2015 年）》公布结果，2012 年全国 18 岁及以上成人高血压患病率为 25.2%，糖尿病患病率为 9.7%，40 岁及以上人群慢性阻塞性肺病患病率为 9.9%，与 2002 年相比，患病率呈上升趋势。从整体来看，我国卫生费用总支出保持逐年上升的趋势，为医疗服务行业创造了良好的成长空间。其次，随着我国国民经济的快速发展、城市化进程的逐步加快，我国人均可支配收入、消费性支出稳步增速，城乡居民医保覆盖面不断增加。根据国家统计局数据显示，2015 年度我国城镇居民人均可支配收入达 7.90 万元，较 2014 年同期上升 6.72%，居民可支配收入增加和医保覆盖面增强，居民的患病诊疗需求有所增加。

三. 行业壁垒

（一）经营资质壁垒

我国卫生主管部门根据我国人口、医疗资源、医疗需求和现有医疗机构的分布状况，制定总体性和区域性的规划。新办医疗机构的设置审批需按规划进行，以避免卫生资源的重复配置。医院开展业务需经审批后获取办医所在地医疗执业许可，并且不同专科科室的开设需要取得相应业务资质，比如涉及 X 光放射的医疗服务需取得《放射诊疗许可证》、《辐射安全许可证》、《排污许可证》等资质，严格禁止在审批经营范围外开展其它业务；在岗医师、医技人员、护师均需根据《中华人民共和国医师法》等相关法律取得执业医师资格等相应执业资格证书，不得无证上岗。另外，二、三级医院的认定标准包括病床数等，医疗服务的开展需符合营运空间、医学仪器等方面的相关要求。即使国家先后出台相关政策放宽社会办医审批门槛，但由于医疗服务行业本身对医院经营资质、医务人员资格等方面具有较高要求，所以新设医疗机构在市场准入方面存在一定障碍。

（二）医疗资源管理壁垒

医院所提供的医疗服务与病人身体健康直接相关，除了全面建立并落实医疗服务质量与安全、药品采购、人事建设、医患沟通、医疗纠纷、医疗废物处理等规章制度外，医院还需加强对病人群体、医务人员、医疗技术等核心医疗资源的管理与发展。由于上述核心医疗资源仍集中于公立医院，民营医院需借助医师多点执业、医学技术合作、病人双向转诊、聘请名医名师等方式发展自身医疗资源。随着国家陆续出台政策鼓励执业医师多点执业，也随着医疗行业培养全科医师的全球化医疗趋势，医疗资源将逐渐渗透到民营医院中去。并且，随着互联网医疗的发展，医生主动通过互联网医学平台学习的趋势增强，其中在线医学专业媒体、在线教育平台和文献数据库成为医生主要的学习方式；互联网学习资源的广泛运用一定程度上增加了民营医院医生的专业素养。根据艾瑞咨询的调研数据，我国 65% 的医生平均每周在互联网医生服务上的使用时间在 7 小时以上，整体而言，医生人群平均每周通过互联网平台在线学习时间为 10.57 小时。

（三）技术与人才壁垒

肾脏科、眼科等专科病种治疗的技术要求较高，临床医生需在特定领域经过长期的学术积累和临床实践才能形成成熟的专业水平和诊治能力。例如，在眼科

领域，人工晶体植入技术、青白联合手术、白内障囊外摘除及人工晶体植入术、超声乳化及人工晶体植入术等治疗技术的医生资源稀缺，对医疗团队的实践经验、研究与学术能力要求较高。除了维持资深临床医师的稳定性外，医院的长期经营发展还需建立完整的人才培养梯队，吸引年轻的医技、医护人员。市场新进入者难以在短时间内形成较强的学术研究及临床操作能力，并培养出成熟的医疗团队。

（四）品牌与声誉壁垒

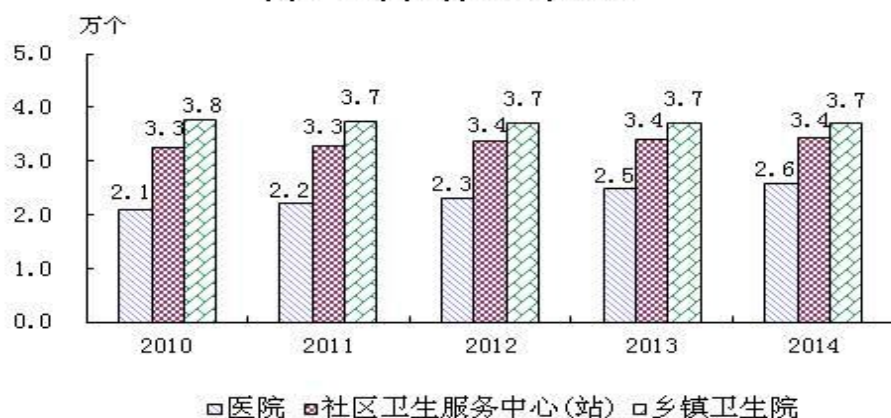
医院作为提供医疗服务、满足医疗需求的场所，是居民生活必不可少的部分。患者依据医院品牌声誉、综合诊疗能力、医疗服务价格选择医院，接受一段时间的治疗后会成为医院的长期就医群体，尤其是慢性病领域。医院需有效协同各环节，在保证医疗服务质量的前提下不断提升医疗技术，积累丰富的病种医治经验，通过多年的品牌营销才能建立起长时期的医疗价值影响力。尤其在慢性病治疗领域，新进入者在短时间内难以积累较好的口碑，也缺乏医疗技术的实践基础及重大疑难病症的治疗成功案例，难以打破消费者长期建立的品牌认知。

四. 我国目前的医疗服务行业现状

（一）我国医疗资源的总量呈增长态势，但仍有供给不足的问题。

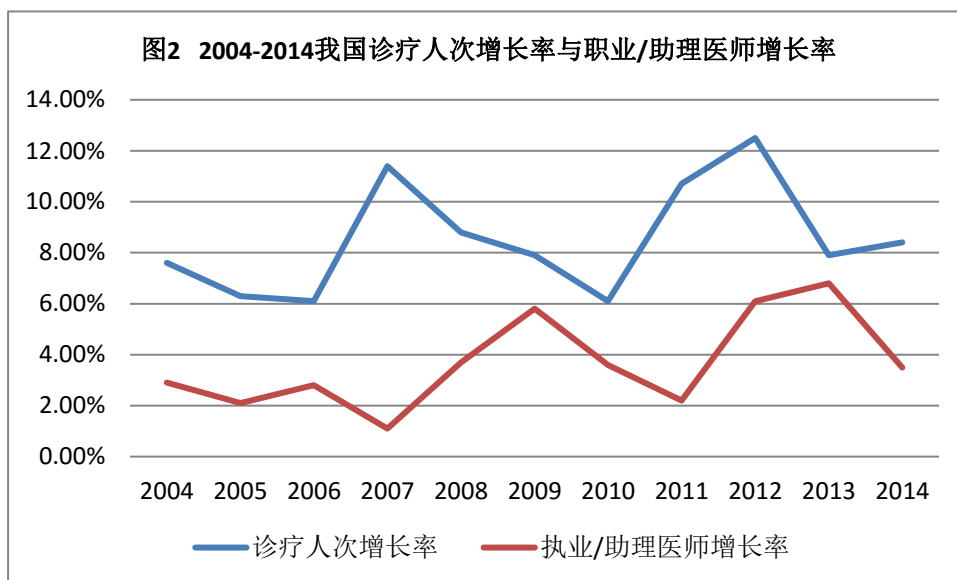
随着我国基本医保的覆盖面有所增加，居民对于不同层次的医疗服务需求逐渐增大，尤其是慢性病诊疗需求等。医疗资源与患者的供求失衡导致优质的医疗资源使用效率较为低下。根据国家卫生计生委规划与信息司统计公报，2014年末，全国医疗卫生机构总数达981432个，比上年增加7034个。其中：医院25860个，基层医疗卫生机构917335个，专业公共卫生机构35029个。与上年比较，医院增加1151个，基层医疗卫生机构增加1967个，专业公共卫生机构增加3874个（见图1）。

图1 全国医疗卫生机构数



(数据来源: 国家卫生计生委规划与信息司统计公报)

然而, 执业医师和医疗卫生机构是医疗资源的核心, 同需求相比, 我国执业医师的增长率相对较低, 2014 年我国患病诊疗人次达 76 亿人次, 而执业/助理执业医师仅有 289.3 万名, 患病诊疗需求与医师供给比例为 263:1; 下图为 2004 到 2014 年我国诊疗人次增长率与执业/助理医师增长率对比, 由图二可见, 我国诊疗人次的增长态势远远高于医师资源的增长态势, 长久以来一直处于医疗资源供需不足的困境。现有医疗资源的不足, 也促成了国家鼓励社会办医和多层次增加医疗服务设施的动因。

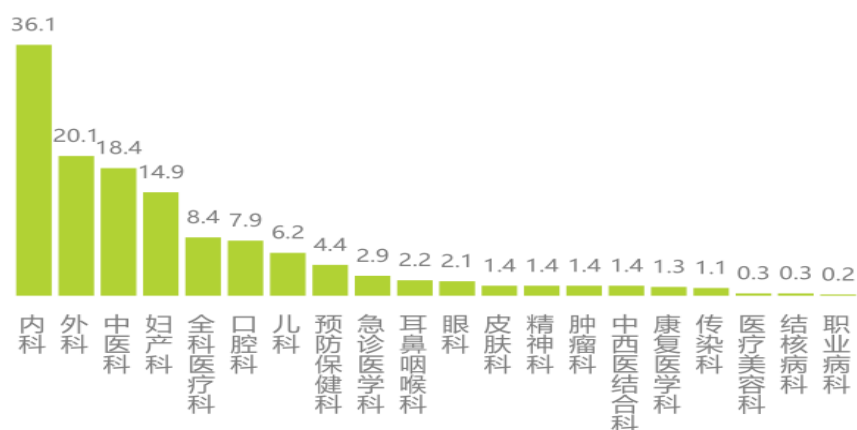


(数据来源: 国家卫生计生委规划与信息司统计公报)

（二）医院诊疗科室医师资源分配不均

根据我国卫生和计划生育统计年鉴公开数据显示，我国内科、外科和中医科执业医师数量最多，2014年分别为36.1万名、20.1万名和18.4万名；而皮肤科、精神科、肿瘤科、传染科等科室执业医师规模相对稀缺，对于医师规模稀缺的科室，医师人均诊疗负担较大，相对影响到诊疗质量和医患关系。所以，诊疗科室分配不均的现状也促成民营医疗机构的创办和对稀缺科室医师资源的补足。

图3 2014年我国执业/助理医师诊疗科室分布（单位：万人）



（数据来源：艾瑞咨询）

（三）医生职称评定难，医生薪酬分配低效

我国医疗技术专业职称包括医师、护师、技师和药师，医师职称包括初级职称（医士、医师/住院医师）、中级职称（主治医师）、副高级职称（副主任医师）、正高级职称（主任医师）。我国医生职称分布目前呈金字塔状，2014年我国初级、中级、副高级和正高级医师占比分别为46.3%、30.3%、12.7%和4.5%。我国当前对于所有医生采取“一刀切”的方式，职称晋升均需发表论文，且论文数量和期刊等级成为晋升关键因素；虽然发表论文的质量代表了医师的核心技术水平和研发能力，但这一程度上也忽略了对医师全方位评价的标准，应建立科学的医生临床能力评价体系，以对医生进行合理的能力考核和职称晋升。而且，我国医生的收入水平同职称高度相关，职称级别越高，医生收入越高；由于制成的评定仅与医师发表论文的质量与数量相关，而不直接关联其临床诊疗经验与诊疗技术，这会导致医师薪酬体系分配稍有偏颇，而不能全面反映医师的临床技术与诊疗价

值。所以，医生职称评定与薪酬体系应该按医生临床经验和劳务价值技术方向进行改革，从本质上提升医生资源的内部核心动力。

五、近年来国家相关政策对于民营医疗的支持

2010年11月，国务院办公厅印发《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》（以下简称“58号文”）发布后，为民营医疗机构踏入医疗体系门槛带来了更大的希望。

此后，2013年10月，国务院印发的《关于促进健康服务业发展的若干意见》提出，今后社会资本举办的医疗机构，将纳入财政专项资金和政府投资补助范围，免征或减征行政事业性收费，其医疗服务价格全部实行市场调节价。按照上述政策要求，非公医疗机构与公立医疗机构将享受同等待遇。

2015年1月12日，国家卫计委发布《关于印发推进和规范医师多点执业的若干意见的通知》。医师多点执业将有效缓解民营医院医生缺乏的现状，未来随着各省市对多点执业细则的进一步出台，将推动公立医院医生向基层及民营医院流动，促进民营医院的发展。

2015年6月，国务院办公厅印发了《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》（以下简称《措施》），就此，发改委负责人接受了媒体采访。该负责人表示，医疗机构的发展壮大需要长期的积累和经营，我国目前高水平、高技术含量的大型社会办医疗机构尤其缺少，需要加快形成良好的发展环境。为加快推进社会办医疗机构成规模、上水平发展，《措施》提出了一系列支持政策：一是减少运行审批限制；二是加强财政资金扶持；三是丰富社会办医筹资渠道，优化融资政策；四是完善社会办医医保报销政策；五是切实落实对社会办医的各项税收和收费政策。《措施》在现有政策基础之上，坚持问题导向，将鼓励社会办医的大政方针落细、落实。一方面，着力消除阻碍社会办医疗机构发展的政策障碍，努力实现准入、运营和监管等方面与公立医院的政策平等，解决好“玻璃门”、“弹簧门”等问题；另一方面，加强社会办医疗机构医疗质量监管，强化医疗安全，创新和完善监管机制，真心实意扶持社会办医。

国家积极推动医疗、医保、医药联动改革。党中央、国务院高度重视深化医药卫生体制改革，自党的十八大以来，将深化医改放在党和国家事业全局更加重要的位置，作出了一系列决策部署。十八届五中全会明确提出，深化医药卫生体制改革，实行医疗、医保、医药联动（以下简称：三医联动），充分发挥医保在医改中的基础性作用，建立符合医疗行业特点的人事薪酬制度，是人力资源社会保障部门的重要职责，是深化医改攻坚阶段的重要配套措施。人力资源社会保障部门要坚决贯彻中央决策部署，按照四个全面战略布局，牢固树立五大发展理念，围绕大局，解放思想，主动作为。现就人力资源社会保障部门进一步推动三医联动改革，做好医改有关工作提出以下意见：“一、充分认识三医联动的重要意义；二、持续推进医药卫生体制重点改革；三、积极探索发挥医保在医改中的基础性作用；四、统筹推进医疗行业人事薪酬制度改革；五、抓好综合医改试点工作；”以上意见高度重视三医联动改革，提出充分发挥医疗、医保、医药职能部门作用，加强协同合作，增强改革的整体性、系统性和协同性。实行三医联动，也使得医保在三医联动中的作用进一步得到强化，在总额控制的前提下，按病种、按人头等支付方式有望加快推进，疗效确切、需求刚性的高性价比产品有望迎来放量机会，而慢性诊疗疾病和医疗保健方面将会得到政策助力。